

訪問診療開始依頼書

(送付先 FAX 番号 0743-62-2055)

※FAX いただく前に医師会事務局にお電話 (Tel0743-63-6833) をお願いします。

(医師会事務局受付は祝日を除く月～金曜日の午前中です)

依頼機関名 _____

依頼者名 _____

(医師、看護師、ケアマネージャー、MSW、患者家族、その他)

TEL _____ () _____ FAX _____ () _____ E-mail : _____

患者氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男 女)

住所 _____

診断名 _____

要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 介護認定無 現在申請中

担当ケアマネージャー 所属 _____ 氏名 _____

病歴要約

特記事項 (独居、高齢世帯等療養上問題となりうる事項)

退院予定日 _____ 月 _____ 日頃、未定